Docteur Edmond BEYNES
Lauréat de la Faculté de Médecine
de Toulouse (1914)
Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'étude

des

abcès chauds non traumatiques

de la cloison nasale

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1921

A la Mémoire de Mon Père

Mort accidentellement dans l'accomplissement de sa rude tâche de médecin de campagne, et qui m'a toujours donné le plus bel exemple de devoir professionnel.

A Ma Mère

Faible témoignage de ma profonde affection.

A Ma Sœur

A Mes Grands-Mères

A Ma Fiancée

Meis et Amicis

A la Mémoire de Mes Camarades et de Mes Amis
tombés glorieusement au Champ d'Honneur

A Mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Toulouse

A Mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur KLIPPEL
Médecin de l'Hôpital Tenon

A Mon Maître

Monsieur le Docteur BOURGEOIS

otorhinolaryngologiste de l'Hôpital Laënnec

Nous lui devons le sujet de ce travail dans l'élaboration duquel il nous a guidé avec la plus grande bienveillance. Nous avons toujours trouvé en lui un maître très accueillant qui nous a fait profiter de ses conseils et de son enseignement si précis. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici l'expression de notre bien vive reconnaissance et nos plus sincères remerciements.

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur LECÈNE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

A Mes Juges

Introduction & Historique

L'abcès chaud de la cloison nasale est une collection purulente souvent bilatérale, développée ordinairement entre la muqueuse et le cartilage de la partie antérieure du septum, exceptionnellement entre l'os et la muqueuse.

Cette affection longtemps méconnue fut découverte et décrite il n'y a pas encore cent ans, en 1830, par Cloquet. Cloquet, de même que la plupart des auteurs qui s'occupèrent de cette question par la suite, attachèrent surtout de l'importance à l'roigine traumatique de l'abcès chaud du septum, affection que beaucoup considèrent comme une rareté. Ayant eu l'occasion récemment d'observer un cas d'abcès chaud non traumatique de la cloison et devant à l'obligeance et à la bienveillance de mon maître, le Dr Bourgeois, l'observation d'un cas fort intéressant dont l'étiologie ne nous parait pas avoir été encore décrite, nous nous efforcerons dans cet ouvrage de coordonner toutes les données sur la question que nous aurons retrouvées dans les observations éparses d'abcès chaud non traumatique du septum nasal qui ont été publiées jusqu'à aujourd'hui. Nous tacherons surtout de lutter contre cette idée qui veut qu'à l'origine de l'abcès chaud de la cloison se trouve toujours un traumatisme déterminant un hématome qui s'infecte secondairement.

Après Cloquet, Flemming à Dublin en 1833 décrivit quelques cas d'abcès chaud spontané unilatéral. Il

semble donc avoir été le premier à signaler des abcès chauds non traumatiques de cette région. Ensuite, Bérard, Velpeau et Maisoneuve (1841) signalent d'autres cas d'abcès du septum. Beaussenat dans sa thèse de 1864 où il traite des diverses affections de la cloison nasale n'étudie que les abcès relevant d'un traumatisme. En 1876 Casabianca, dans sa thèse, envisage une étilogie plus variée.

Signalons ensuite les cas raportés par Strazza, Moure (1890), Schäffer, Ball, Ricci (1890) et l'importante communication de Gouguenheim au congrès de Berlin en 1890. Si nous parcourons les revues et publications de rhinologie depuis cette époque, nous y relevons de nombreux cas d'abcès non traumatiques du septum.

Alors qu'en Amérique avant 1890 Lemvox Browne ne consacre que 8 lignes de son traité à cette affection alors que Gibbs de Philadelphie n'en signale que deux cas sur plusieurs milliers de malades examinés et que Moldenhauer et Bosworth en 1888 ne disent rien sur la question dans leur livre, nous relevons coup sur coup dans les publications américaines et anglaises des observations de Gates, Bermingham O' Roë Rishop, Hublard, Gleitsmann, Herwald, Rice, Watermann, Phillips, Lederman, Mac Kernon Knight, Mayer, Simpson Berens, Hunter Tod. De leur coté Gottlieb Kicer à Copenhague et en Allemagne Zaufal Herck, Hertzfeld, Wroblewski, Fischnich, Küttner, Theissing apportent des cas nouveaux. En Italie Arslan en 1896

publie ensemble 8 observations nouvelles d'abcès chaud non traumatique du septum.

En France nous citerons les théses de Moran (1894), Vaptzanoff (1894) et Colonna Walewski (1897) et les publications de Luc, Lacoaret, Garel, Moure, Gouguenheim, Lange, Lavrand, Delahousse.

Remarquons en passant que Gouguenheim écrit encore en 1897 :

« C'est sans contredit le traumatisme qui est la cause presque exclusive de l'abcès de la cloison qui est une affection rare ».

Bargy en 1906 nous donne une excellente vue d'ensemble de l'abcès du septum en général. Depuis cette époque, quelques observations de Neumann (1910), Stefani (1913), Bobone (1914), Mc Kenzie (1914) qui rapportent uniquement des cas d'abcès non traumatiques.

Pendant la guerre, l'abcès traumatique a repris tous ses droits et cependant aucune communication nouvel le à ce sujet n'a été faite ces dernières années.

CHAPITRE I.

Anatomie et rapports de septum nasal

Les deux fosses nasales sont séparées par une lame ostéocartilagineuse, placée de champ, qui descend de la voute et vient s'insérer sur le plancher, c'est la cloison ou septum nasal.

Alors que la paroi nasale externe présente des saillies appelées cornets et des anfractuosités appelées méats, la cloison, au contraire, est absolument plane à l'état normal. Elle n'en joue pas moins un rôle important au triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

Squelette — Entièrement cartilagineux à l'origine, son squelette est formé chez l'adulte par deux os, la lame perpendiculaire de l'éthmoide et le sommet par le cartilage quadrangulaire et la branche interne du cartilage de l'aile du nez.

La lame perpendiculaire de l'ethmoide naît de la lame criblée avec laquelle elle fait corps et forme la partie supérieure de la cloison. Très mince et très fragile, elle à la forme d'un carré irrégulier limité par 4 bords : un bord supérieur ou frontonasal, un bord inférieur ou vomérien, un bord antérieur ou éhondral, un bord postérieur ou sphénoidal.

A la partie inférieure nous trouvons le vomer, mince

lamelle osseuse ayant la forme d'un parallèlogramme, d'une grande fragilité. Il présente quatre bords résistants : un bord supérieur ou sphénoidal, un bord postérieur ou choanal, un bord inférieur ou palatin, un bord antérieur chondroethmoidal, limité par deux lèvres qui s'unissant à deux lèvres semblables du bord inférieur de la lame perpendiculaire forment un canal plus ou moins complet contenant le prolongement caudal du cartilage quadrangulaire. Là en effet où le vomer et la lame perpendiculaire ne sont plus en contact, ils s'écartent l'un de l'autre pour ménager une échancrure dans laquelle vient se loger le cartilage quadrangulaire qui est bien véritablement la clef de voûte du nez. Epaissi à sa partie supérieure et à sa partie inférieure, il ne mesure pas plus d'un millimètre d'épaisseur à sa partie centrale. Chez certains sujets il peut même présenter une perforation physiologique. En tout cas son extrême minceur nous explique bien la production de la perforation pathologique en cet endroit-là qui se produit soit dans les ulcères traumatiques, septiques ou tuberculeux, soit enfin dans l'hématome et l'abcès chaud qui affectionnent tout particulièrement cette région, alors que la perforation syphilitique se localise au niveau de la partie osseuse de la cloison.

Le cartilage quadrangulaire constitue la partie la plus antérieure et la plus exposée aux traumatismes ; il nous présente un bord inférieur ou vomérien, un bord postérieur ou ethmoidal, un bord supérieur ou dorsal, un bord antérieur ou bord de la sous-cloison,

reçu dans l'intervalle de la branche interne des cartilages des narines, qui s'étend sous forme d'une bandelette épaisse et allongée du lobule du nez à l'épine nasale antérieure.

Enfin nous trouvons encore les cartilages de Huschke qui partent de l'épine nasale antérieure et s'étendent en arrière sous forme de deux bandelettes dans l'intervalle desquelles repose une partie du bord anteroinférieur de la cloison et du bord inférieur du vomer.

Muqueuse — Vaisseaux — Nerfs. — La muqueuse qui tapisse les deux faces de la cloison ou pituitaire présente ordinairement une coloration rosée, sauf à la partie supérieure ou portion olfactive (locus luteus qui offre un aspect légèrement jaunâtre. On aperçoit quelquefois à un centimètre et demi du plancher et à deux centimètres de l'entrée de la narine un petit pertuis qui est l'orifice du cul-de-sac de Jacobson, reliquat d'un organe presque constant chez le fœtus et le nouveau-né. Il ne nous intéresse que par les kystes dont il peut être le point de départ et les phénomènes inflammatoires qui peuvent y naître. La muqueuse présente une épaisseur d'environ 2 millimètres qui est encore plus faible au niveau du cartilage quadrangulaire.

Pour Renaut la pituitaire est une fibromuqueuse qui adhère intimement au périoste et au périchondre sousjacent mais elle est facilement décollable au niveau du cartilage. Cette opinion n'est pas admise par

Sieur et Jacob qui prétendent au contraire que son adhérence est plus faible au niveau de l'os. En faveur d'une moindre adhérence de la muqueuse au niveau du cartilage nous signalerons la facilité avec laquelle se produisent les collections pathologiques juxtachondales dont nous nous occuperons par la suite.

La pituitaire est formée de 4 couches :

1°) A la surface un epithelium cylindrique cilié sauf à la partie antérieure et inférieure du cartilage où nous trouvons un epithelium parimenteux.

2°) Sous cet épithelium une membrane basale anhiste qui recouvre un chorion muqueux.

3°) Le chorion muqueux présente deux couches l'une superficielle contenant en abondance des glandes acineuses, l'autre profonde qui est vasculaire et formée par de grosses veines et des capillaires volumineux, ce sont les vaisseaux nourriciers de la cloison.

4°) Enfin la dernière couche est formée de tissu conjonctif en faisseaux parallèles très serrés ; c'est cette couche qui en adhérant plus ou moins à l'os ou au cartilage forme selon les endroits le périoste ou le périchondre. La majorité des auteurs avec Killian admettent que les collections pathologiques se produisent entre cette couche et le cartilage sousjacent.

Comme nous venons de le voir, les vaisseaux sont contenus dans la couche profonde du chorion muqueux où ils forment un plexus très riche. Les artères viennnet de la branche interne de la sphenopalatine (branche terminale de la maxillaire interne) des artères ethmoïdales (venant de l'ophtalmique) de l'artère

de la sous-cloison (branche de la coronaire labiale supérieure ou de l'artère de l'aile du nez provenant de la faciale).

Les veines forment un plexus superficiel et un plexus profond dont les gros troncs suivent les artères.

Les lymphatiques aboutissent à des vaisseaux allant aux ganglions prévertébraux, aux ganglions situés près de la grande corne de l'os hyoïde et aux ganglions sous-maxillaires.

Les nerfs sensitifs proviennent du trijumeau par le rameau interne du nasal interne au niveau de la région supérieure et le nerf nasopalatin au niveau de la région inférieure.

La partie toute supérieure de la pituitaire réservée au sens de l'olfaction comprend des terminaisons nerveuses spéciales provenant de l'olfactif.

La cloison ainsi constituée nous intéresse surtout par sa partie anteroinférieure qui est non seulement la plus accessible aux traumatismes, mais encore grâce à sa vascularisation intense au froid, aux poussières, aux microbes que nous retrouverons dans l'étiologie des abcès chauds non traumatiques de cette région. Placée à l'entrée des voies respirtaoires, elle est le siège de prédilection des collections purulentes qui nous occupent et qui y déterminant des tuméfactions volumineuses vont entrainer de l'obstruction nasale, un des signes importants de la symptomatologie.

CHAPITRE II.

Etiologie et Pathogénie

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le signaler la majorité des auteurs avec Watermann, Gouguenheim, Colonna, Garel considèrent l'abcès du septum nasal comme rare. On le rencontre plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte et chez l'homme que chez la femme comme le montrent les différentes statistiques qui ont été faites.

Au point de vue étiologique nous laisserons complétement de côté les abcès chauds de la cloison dus à un traumatisme, y compris ceux qui sont postopératoires après une intervention sur la cloison et ceux appelés par Moran « par irritation » ayant succédé à des érosions de la pituitaire produites par des ongles sales par exemple ou un objet quelconque. Nous ne nous occuperons donc que des cas dont l'origine n'est pas due au traumatisme.

Avec Arslan nous signalerons parmi les causes favorisantes de l'affection qui nous occupe les malformations nasales telles que les déviations et les crêtes de cloison, l'hypertrophie des cornets, la rhinite purulente chronique, les végétations adénoides, le catarrhe chronique du nasopharynx ; ces lésions contribuent à favoriser le développement des germes infectieux venus du dehros. Souvenons-nous en effet que la pituitaire est

très fine et peu adhérente au niveau du cartilage quadrangulaire. Les vaisseaux nombreux et très dilatés en ce point se trouvent donc exposés soit à l'action des agents extérieurs (poussières, vapeurs, froid, chaleur) soit des microorganismes que la cavité nasale abrite normalement. Dans la cavité saine ils perdent leur virulence et leur nocivité à cause de l'action bactéricide du mucus mais pour une raison quelconque ils peuvent reprendre leurs propriétés pathogènes et infecter la muqueuse du septum.

Passons donc successivement en revue les différentes causes d'abcès chaud non traumatique de la cloison.

Agents extérieurs — Parmi les causes banales signalons tout d'abord l'influence des agents extérieurs en commençant par celle du froid dont M. Moure en 1887 nous rapporte un cas typique :

Observation I. — Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans. ayent eu un abcès bilatéral à la suite d'une promenade en voiture découverte par un temps froid. En même temps qu'un coryza aigu apparaissent des frisons, de la fièvre, des douleurs frontales vives. La peau du nez est enflammée, rouge, douloureuse au toucher. La malade constate la présence d'une tuméfaction bilatérale obstruant les narines. Il y a perforation spontanée et affaissement du dos du nez persistant par la suite. — Rien dans les antécédents.

La chaleur peut aussi devenir la cause d'un abcès, c'est ainsi que l'on doit au Dr Herck une observation d'abcès de la cloison consécutif à un coup de soleil, que voici :

Observation II. — En juin 1896, Mme G..., fait une course à

bicyclette par un beau soleil. Elle rentre à la maison surmenée, la figure cuite, dit-elle, rouge comme un homard, avec un coup de soleil dont on voit encore les traces sur les joues sous la forme d'une desquamation légère lorsqu'elle vient nous trouver 8 jours après. Dès le lendemain en se mouchant elle sent une douleur vive dans le nez, à la partie antérieure de la cloison. La douleur va en augmentant et elle va consulter un médecin qui prescrit des lavages à l'eau de guimauve. N'ayant aucun soulagement elle vient nous trouver au bout de 8 jours avec une obstruction totale du nez. Il y a un gonflement de toute la région inférieure du nez, les ailes sont élargies et à peine soulève-t-on la pointe du nez qu'on aperçoit la double tuméfaction rouge caractéristique des abcès de la cloison avec rénitence, fluctuation, etc...

Aucun antécédent héréditaire, aucune affection actuelle. — Incision — Drainage aux crins de Florence — Guérison.

Affections de voisinage — Les affections de voisinage jouent un grand rôle dans l'étiologie des abcès du septum et tout d'abord au premier plan nous trouvons les affections de la muqueuse telles que le coryza aigu, la rhinite chronique, l'impetigo, l'eczéma des fosses nasales.

L. Woblewski, Dantziger, Küttner, Beausoleil rapportent plusieurs observations ayant trait à ces causes. Enfin nous même avons eu l'occasion d'observer un cas d'abcès du septum consécutif à un coryza aigu dont voici l'observation :

Observation III. — Monsieur G..., Albert. ouvrier ajusteur, 19 ans, est atteint le 2 août 1921 d'une angine bilatérale en même temps que d'un coryza aigu. Il est très sujet aux coryzas normalement.

Après quelques gargarismes émollients l'angine guérit mais le coryza persiste se traduisant par un écoulement mucopurulent abondant.

Vers le 5 ou 6 août, le malade ressent une sensation de pesanteur localisée à la racine du nez et bientôt apparaissent du coté gauche des élancements. Le malade éprouve de ce coté une souffrance assez vive chaque fois qu'il veut se moucher. Le matin au réveil la fosse nasale gauche est encombrée de mucosités dont le malade ne parvient pas à se débarrasser. Pendant le jour il y a suintement purulent constant au niveau de la narine gauche.

Le 8 août, le malade se fait enlever une grosse molaire gauche cariée croyant obtenir un soulagement. Il n'y a naturellement aucune amélioration des symptomes nasaux.

Le 10 août, il vient à la consultation du Dr Bourgeois à l'hôpital Laennec. Sans mettre le speculum nasal, nous constatons à première vue à l'entrée de la narine gauche une tuméfaction de la grosseur d'une bille obstruant complètement l'orifice narinaire. La muqueuse est rougeâtre et suintante. Cette masse est fluctuante, molle, dépressible et lorsqu'à l'aide d'un speculum on écarte l'aile du nez on aperçoit un peu de pus qui vient sourdre à la partie supérieure de la collection par un petit pertuis, représentant une perforation spontanée insuffisante.

La pression est très douloureuse. Pas d'œdème de voisinage. Infection conjonctivale à gauche. De l'autre coté la cloison est normale, la muqueuse seule est un peu rouge et la prsesion légèrement douloureuse.

Après cocaïnisation avec une mêche imbibée d'une solution de cocaïne à 1/10, l'abcès est incisé à la partie déclive c'est-à-dire d'avant en arrière. Il s'écoule du pus jaunâtre bien lié, strié de sang. Après expression de la poche, à l'aide d'un stylet introduit à l'intérieur nous constatons l'intégrité du cartilage. A la suite de l'incision le malade éprouve un soulagement inmmédiat. Nous ordonnons des compresses chaudes à mettre sur le nez dans la journée et des gouttes d'une solution de protaryol à 1/20 à mettre à l'intérieur.

11 août — L'incision s'est refermée, on l'ouvre à l'aide d'un stylet et on met une toute petite mêche dans la cavité de l'abcès pour drainer.

12 août — On enlève la mêche, le malade respire librement.

14 août — Cicatrisation, guérison sans déformation aucune. Dans le pus l'examen bactériologique révèle la présence de nom-

breux staphylocoques et de diplocoques que nous croyons être des pneumocoques.

Au point de vue étilogique on ne retrouve rien d'autre que le coryza aigu initial.

Un anthrax ou un furoncle survenu à proximité du nez peut être l'origine d'un abcès du septum. M. Kenzie en 1914 nous fournit l'observation suivante :

Observation IV. — Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans qui, en mars 1913, en revenant de l'Ouest Africain, est atteint de furonculose derrière l'oreille et le cou. En mai irritation de la narine droite, deux jours après l'aile du nez grossit, il s'agit d'un nouveau furoncle développé à cet endroit-là. Une incision est faite. La plaie met 10 jours à se refermer. Quelque temps après le malade à de la peine à respirer par le nez. A l'examen, on trouve sur chaque face du septum une tumeur douloureuse. On fait une incision à droite, il coule beaucoup de pus. Les tumeurs de chaque côté communiquaient par une destruction du cartilage. Guérison rapide. Il n'y a aucune maladie autre que la furonculose ayant précédé l'abcès et l'expliquant.

Nombreux sont encore les cas d'abcès du septum survenu en même temps ou après un érysipèle de la face ou du pourtour de l'aile du nez par extension de l'affection voisine (L. Wroblewski, Arslan). Voici un cas de L. Wroblewski :

Observation V. — Un monsieur de 55 ans après un erysipèle tout récent du visage et du nez remarque à l'entrée de la narine gauche une tumeur qui le gêne pour respirer. Elle est grosse comme une noisette et remplit en entier la lumière de la fosse nasale. Elle est rouge dépressible, implantée sur la portion cartilagineuse de la cloison. Le coté droit de la cloison est normal. Après incision sortie d'une grande quantité de pus. Guérison rapide.

Certains abcès peuvent aussi avoir une origine den-

taire. Cette origine a été démontrée par les observations de Hunter Tod, Fischnich et Neumann qui en 1910 rapporte celle-ci :

Observation VI. — Un peintre de 26 ans souffrait des dents depuis longtemps. Il vient consulter pour de violentes douleurs au niveau du maxillaire droit et dans le nez. L'examen fait découvrir une tumeur bilatéralé obstruant complétement les deux fosses nasales. La muqueuse du palais est soulevée du coté droit et forme une tuméfaction fluctuante.

Les rayons X accusent une perte de substance dans l'apophyse alvéolaire du maxillaire droit allant de la racine de la deuxième incisive vers le septum. La guérison survient après l'extraction de la deuxième incisive et l'ouverture de l'abcès.

Enfin pour terminer la liste des affections de voisinage capables d'occasionner un abcès chaud de la cloison nous réservons une place aux affections des sinus. Jusqu'à présent la sinusite maxillaire a été surtout incriminée. Elle ne peut agir directement puisqu'il n'y a pas de continuité entre le sinus maxillaire et la cloison nasale. On doit admettre que le pus qui se déverse entretient un état d'infection chronique du nez susceptible un jour de se compliquer d'abcès. D'ailleurs cette pathogénie est peut-être purement théorique et nous n'en connaissons aucune observation ayant été publiée. Hunter Tod en 1903 a bien rapporté un cas où il existe à la fois une sinusite maxillaire, un abcès de la voute palatine et un abcès du septum mais ce dernier paraît être plutôt d'origine dentaire comme l'abcès de la voute palatine qui l'a précédé.

Nous ne connaissons non plus aucun cas où une sinusite frontale a été mise en cause. Le sinus sphé-

noidal s'ouvre en arrière de chaque côté du bord postérieur du vomer et la propagation d'une sinusite sphénoidale à la cloison nous paraît a priori possible, cependant nous n'en avons retrouvé aucune observation publiée.

Les rapports du labyrinthe ethmoidal et de la cloison sont plus éloignés et jusqu'à ce jour aucun auteur ne semble avoir vu une ethmoidite compliquée d'abcès de la cloison. Cest pourquoi nous attirons l'attention sur l'observation suivante due à l'amabilité de notre maître le Dr Bourgeois. Comme on va le voir le diagnostic d'ethmoidite aiguë grippale est incontestable et cette ethmoidite s'est accompagnée d'un volumineux abcès du septum tout à fait typique. Il semble que la propagation ait suivi la route suivante :

Tout à fait à la partie antérieure de la voute sous la face nasale des os propres et de l'épine nasale, l'infection a suivi la région sousmuqueuse allant de la paroi externe de la fosse nasale droite au reptum et traversant le septum, décollant la muqueuse de la voute à nouveau pour apparaître au dehors et s'extériosirer au niveau de l'unguis gauche immédiatement en arrière de la branche montante. Le premier stade de cette propagation de l'ethmoide droit à la cloison n'est qu'hypothétique. Les constatations opératoires ne l'ont pas démontré. En revanche l'extériorisation de l'abcès de la cloison en arrière de la branche montante gauche après décollement de la muqueuse nous semble incontestable si extraordinaire qu'il puisse paraître. C'est donc par analogie que nous pensons que

l'infection à pu en sens inverse aller de l'ethmoide droit à la cloison par la même voie. Nous sommes forcés d'avouer qu'on pourrait aussi admettre que l'infection nasale qui a causé l'ethmoidite a causé d'autre part l'abcès de la cloison ; le malade a été vu pour la première fois à une époque où les deux lésions coexistaient ; l'interrogatoire n'a pas pu renseigner sur l'antériorité de l'une par rapport à l'autre.

Voici maintenant cette curieuse observation :

Observation VII. - Le 10 mars 1919, M. G..., 38 ans, se présente à la consultation de la Pitié avec un gonflement de la partie interne et antérieure de l'orbite droit et une obstruction nasale totale.

Antécédents : Il est d'une bonne santé habituelle, nie la syphilis, dit qu'il est sujet à d'assez fort coryzas et qu'il mouche assez abondamment à l'état normal. Il n'a subi aucun traumatisme dans la région nasale et il affirme d'une manière très nette que tous les accidents actuels viennent d'une grippe sévère accompagnée de fièvre, de frissons, et survenue fin février. C'est au cours de cette grippe que la tuméfaction orbitaire est apparue dans les premiers jours de mars, bientôt suivie de l'obstruction nasale. En même temps il souffrait de violents maux de tête surtout marqués à droite.

Etat actuel : Le dos du nez au niveau de la région des os propres est légèrement infiltré et augmenté de volume. A droite la paroi interne de l'orbite présente une tuméfaction comme un œuf de pigeon, fluctuante, recouverte d'une peau rouge et s'étendant en hauteur depuis l'angle superointerne jusqu'à la commissure palpébrale. A n'en pas douter cette tuméfaction correspond à l'ethmoide.

Du coté gauche existe une tuméfaction beaucoup moins volumineuse et qui n'est pas symétrique de la première en ce sens qu'elle est située sur un plan plus antérieur en avant de la commissure palpébrale. L'examen rhinoscopique se borne à montrer une énorme tuméfaction bilatérale de la cloison qui commence dès l'orifice antérieur des fosses nasales. La muqueuse

est rouge, la collection est très fluctuante et remplit toute la cavité au point de rendre tout examen complémentaire impossible. C'est exactement l'image que donnerait un volumineux hématome suppuré.

En résumé on se trouve en présence d'un malade qui offre l'aspect d'une ethmoïdite droite suppurée extériorisée dans l'orbite, d'une collection suppurée en regard de l'unguis gauche et d'un abcès bilatéral de la cloison. Le caractère anormal de cet ensemble clinique nous empêche de porter d'emblée le diagnostic de suppuration d'origine grippale et nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une explosion de syphilis tertiaire malgré que le siège de l'abcès de la cloison ne soit pas en rapport avec ce diagnostic.

On envoie le malade au laboratoire du professeur Babinsky pour une prise de sang et un examen de Wassermann et on lui donne à prendre 4 gr. d'iodure de potassium en une potion. La réaction de Wassermann est négative, l'état du malade s'aggrave de plus en plus : la collection gauche augmente de volume et même s'ouvre spontanément. Pour des raisons particulières le malade ne peut entrer de suite à l'hôpital.

Le 17 mars on lui fait une incision bilatérale de son abcès de la cloison et on enlève à la pince quelques fragments de cartilage dénudé.

Le 19 mars il entre à l'hôpital et le 20 mars il est opéré.

A droite incision allant de la partie interne du sourcil à la branche montante du maxillaire. Rugination — Immédiatement en arrière de l'unguis on trouve un large effondrement de l'os planum qu'on aggrandit au dépens de l'unguis, de la branche montante du maxillaire et de l'os planum lui-même. Curettage de l'ethmoide par la brêche ainsi pratiquée de manière à avoir une large communication dans les fosses nasales. Une mèche introduite par cette brêche est attirée à l'extérieur par la narine. suture complète de la plaie.

A gauche incision analogue. — Rugination.

On constate une perte de substance au niveau de l'unguis de la grosseur d'une lentille. — Trépanation de l'unguis agrandie en avant au dépens de la branche montante, en arrière au dépens de l'os planum.

Curettage. Drainage. Suture. Les lésions paraissent peu éten-

dues du coté de l'ethmoide et le curettage a porté sur une région très limitée.

Suites opératoires. Ablation des mèches au bout de 48 h. La plaie du coté droit se réunit normalement le 6e jour. L'abcès de la cloison ne suppure plus, la muqueuse se recolle.

A gauche on est obligé d'enlever deux fils qui ont coupé au niveau de l'ancienne fistule.

Le 28 mars, ablation des fils à droite, la plaie est réunie, la fosse nasale droite est propre. A gauche persistance de la suppuration dans la narine et d'une fistule préorbitaire.

Le 5 avril état stationnaire. En examinant avec soin la fosse nasale gauche, le cornet moyen paraît en partie désinséré. On l'enlève partiellement avec un coup de pince et le serre-nœud.

Les jours suivants le malade est très soulagé en ce sens qu'il respire bien des deux narines, qu'il ne mouche plus à droite et très peu à gauche, mais il garde à gauche une fistule qui donne d'ailleurs très peu. Il peut quitter l'hôpital avec un pansement très réduit maintenu par une bandelette de leucoplasme.

Au bout d'un mois et demi le 23 mai, le malade revient consulter. Il présente alors un léger affaissement de la partie cartilagineuse du nez,il a une légère déformation en selle. Il rentre à l'hôpital pour un curettage de l'ethmoide gauche, pensons-nous.

Opération le 28 mai. Incision le long de la première cicatrice. Ruginatoin. Avec la onde cannelée on explore la fosse nasale par l'orifice de trépanation. On sent que la sonde cannelée est arrêtée d'abord par une résistance molle, le long de la paroi externe de la fosse nasale, puis plus en dedans par une surface osseuse horizontale. En regardant avec le speculum par la fosse nasale on se rend compte que le malade avait de ce coté une crête de la cloison haut située, au niveau du vomer, et que la sonde recouverte de la muqueuse butte sur la face supérieure de cette crête. En effet la résistance molle située en dehors de la résistance osseuse, fournie par la crête est constituée par la muqueuse. Nous pensons être dans une cavité qui ne communique plus avec les fosses nasales, dont la paroi est formée en dedans par la cloison et la partie inférieure est constituée par la crête de la cloison et la muqueuse décollée qui revêtait autrefois la partie supérieure de la cloison et la partie antérieure de la paroi supérieure des fosses nasales.

Incision de la muquuse de manière à avoir une large communication avec les fosses nasales. Suture. Réunion en 8 jours. La guérison s'est produite depuis.

Maladies infectieuses — Les maladies infectieuses générales déterminent des infections nasales très souvent des rhinites ulcéreuses et ces rhinites infectieuses peuvent se compliquer d'abcès sous muqueux en raison des exulcérations, des croutes et de la sécheresse de la muqueuse qui l'a privé de ses moynes de défense et en raison aussi de l'état général et de la virulence exagérée des germes. On a donc signalé des abcès du septum consécutifs à la variole (Wroblewski, Watermann) la grippe (Dantziger) la rougeole, la scarlatine (Mac Kernon, Watermann) la morve, le typhus et la typhoïde (Knight, Morell-Mackenzie, L. Wriblewski).

Dans la typhoïde il n'y a pas de coryza mais cependant on connait la fréquence des épitaxis qui prouvent bien les solutions de continuité de la muqueuse. Nous retrouvons encore ici la sécheresse de la muqueuse avec la formation de croutes et enfin une grande adynamie exagérant la virulence des germes. Mais il serait intéressant d'examiner le pus pour savoir s'il n'y a dans ce cas production d'un abcès métastatique comme en produit si fréquemment le bacille d'Eberth dans le reste de l'organisme.

Voici une intéressante observation de L. Wroblewski :

Observation VIII. — M. Z..., s'étant levé du lit à la fin d'une typhoïde remarque quelque chose qui lui obstruait le nez des deux cotés.

Le médecin crut à des polypes. Le spécialiste appelé fit le diagnostic d'abcès, il pratiqua une nicision de chaque coté du septum : il sortit beaucoup de pus. La plus grande partie du cartilage d la closon était détruite. Grattage à la curette. Tamponnemnt à la gaze iodoformée. Guérison en 8 jours, mais il est resté un aplatissement manifeste du dos du nez.

Maladies diatésiques — Parmi les causes des abcès chauds du septum les anciennes publications mentionnent la scrofule et le diabète. La scrofule est aujourd'hui démembrée entre le tempérament lymphatique et la tuberculose. Nous ne saurions nous occuper ici de la tuberculose qui aboutit à l'abcès froid. Le lymphatisme par contre favorise en effet l'éclosion de l'abcès de la cloison par la fréquence et l'abondance de suppurations chroniques nasales, la fréquence de l'impétigo narinaire et de la lèvre supérieure, de ses eczémas fissuraires interminables, porte ouverte à l'infection. Nous avons déjà signalé ces causes parmi les affections de voisinage et nous n'y reviendrons pas.

Quant au diabète nous en avons trouvé une très curieuse observation due à Stefani en 1913 :

Observation IX. — Il s'agit d'un homme de 50 ans atteint de diabète à une période assez avancée qui présente un abcès bilatéral obstruant les deux fosse snasales. Ouverture au galvanocautère. La narine gauche redevient perméable à l'air. Le gonflement et la suppuration persistent à droite. Quelques jours après élimination d'un premier puis d'un deuxième sequestre cartilagineux. 8 jours après guérison. Il s'agit donc ici d'un chodrite primitive consécutive au diabète.

Abcès idiopathiques — Malgrè les causes variées et nombreuses qui peuvent provoquer des abcès chauds,

non traumatiques du septum, on trouve encore un grand nombre d'abcès sans cause appréciable et qui sont appelés pour celà idiopathiques (Rice, L. Wroblewski, Colonna Walewski, Schech et Rethé).

Leur nombre peu à peu va en diminuant grâce aux progrès de la science, mais le progrès ne sera complet que lorsqu'on sera parvenu à donner une cause à tout abcès idiopathique. L'origine infectieuse de ces abcès semble prouvée par ce fait que dans leur pus on trouve le plus souvent du streptocoque et du staphylocoque. Naturellement on a fait appel pour expliquer la porte d'entrée de l'infection à de légères excoriations de la muqueuse impossibles à découvrir. Moran dit « On doit réduire le nombre des abcès idiopathiques en les attribuant à une invasion microbienne ayant échappé à l'analyse ».

CHAPITRE III.

Anatomie pathologique

L'abcès chaud de la cloison siège comme nous l'avons vu dans la partie antérieure du septum là où il est uniquement constitué par le cartilage de la muqueuse et où il est aussi le plus mince et le plus exposé aux traumatismes, aux agents extérieurs et à l'infection. C'est précisément entre la muqueuse et le cartilage que va se former l'abcès. Il décollera peu à peu la couche fibreuse de la pituitaire du cartilage auquel elle sert de périchondre. Il en résultera que le cartilage ainsi dénudé et séparé de ses vaisseaux nourriciers se nécrosera dans toute la partie qui n'est plus vascularisée. A la suite de cette destruction du cartilage se produit une déformation du dos du nez caractéristique et peu esthétique dite en « coup de hache » ou « en selle » complication redoutable que l'on rencontrera surtout dans les cas où l'abcès n'aura pas été incisé d'une façon précoce.

Où se fait la destruction du cartilage ?

Est-ce comme le veut M. Moure à l'union des os propres du nez avec le cartilage ? Est-ce comme l'a soutenu Gouguenheim à l'union de la cloison cartilagineuse avec la lame perpendiculaire de l'ethmoide et surtout le vomer ?

Moran dans sa thèse semble trancher la question

en réfutant un à un les arguments de Gouguenheim. Si en effet suivant l'avis de ce dernier la destruction se fait à l'union du cartilage avec le vomer, le cartilage restera soutenu par deux points d'appui solides qui sont d'une part les os propres du nez et d'autre part l'épine nasale antérieure. Il pourra supporter sans s'effondrer toute la pratie saillante du nez et il ne produira aucune déformation. Monsieur Moure en faveur de son opinion donne encore ce signe : si on promène le doigt au dessous des os propres du nez on constate une mollesse anormale du cartilage.

Attendu que de nombreux auteurs et Zaufal en particulier ont signalé des perforations uniquement centrales du cartilage, nous croyons donc que dans l'abcès la perforation aurait d'abord lieu au centre et si elle reste purement centrale il n'y aurait aucune déformation tout se passant comme dans une résection sous-muqueuse. Mais cette perforation peut gagner la périphérie elle s'accompagne alors d'une brèche marginale qui siégeant au-dessous des os propres du nez aboutira à une déformation, qui peut se produire soit immédiatement, soit plus tardivement par l'effet de la rétraction cicatricielle.

Au sujet de la fréquence de la perforation nous croyons qu'on la rencontre moins souvent que dans l'abcès traumatique où le traumatisme a déjà pu léser le cartilage et faciliter sa destruction. Elle se produira d'autant plus facilement que l'état général du sujet sera plus mauvais. Rappelons-nous en effet l'observation de ce diabétique rapportée par Stefani en 1913 où la

destruction du cartilage a été si complète qu'il y a eu élimination de deux volumineux sequestres. Enfin il faut encore tenir compte de la virulence du microbe. Certains pus plus riches en streptocoques semblent être plus virulents.

Le pus d'aspect phlegmoneux est jaunâtre, strié de sang au moment de l'incision quelquefois fétide et verdâtre. On y trouve du streptocoque, du staphylocoque pyogène blanc, du pneumocoque.

Les parois de l'abcès sont épaisses ; le pus est assez éloigné et on est obligé d'enfoncer profondément le bistouri. L'examen histologique permet de constater dans les parois une structure franchement inflammatoire et l'existence d'un grand nombre de cellules embryonnaires.

CHAPITRE IV.

Symptomalogie et évolution

Au point de vue symptomologie nous étudierons successivement les signes subjectifs, les signes objectifs et les symptômes fonctionnels.

1°) *Signes subjectifs* — Dans certaines maladies infectieuses l'abcès se produit au cours de la maladie elle-même et souvent même lors des premiers symptômes. En général il a lieu soit quelques jours après la cause qui lui donne naissance, soit plus rarement quelques semaines après. Le malade ressent un malaise accompagné d'une sensation de gêne et de pesanteur dans la région frontale. Il peut y avoir à ce moment-là les frissons et de la fièvre mais rapidement apparaît une douleur spontanée très lancinante, intolérable. La moindre pression ou le mouchage en augmente l'intensité. Il y a de la céphalalgie, du larmoiement et même de la photophobie dans certains cas.

2°) *Signes objectifs* — Le nez présente de l'enflure. La peau en est rouge, lisse, tendue, d'apparence erysipélateuse et la peau des joues et des paupières peut présenter également le même aspect. Quelquefois il y a aussi de l'œdème de la lèvre supérieure et les conjonctives sont injectées. En cas de destruction du cartilage, on peut constater un aplatissement du dos

du nez avec élargissement du diamètre transversal.

Si l'on fait la rhinoscopie antérieure on découvre une tuméfaction qui sera simple ou double selon que l'abcès sera unilatéral ou bilatéral. A ce sujet disons tout de suite que l'abcès sera bilatéral dans 70% des cas, mais nous croyons avec Arslan qu'il est moins souvent bilatéral dans l'abcès non traumatique que dans l'abcès traumatique, où le traumatisme qui est à l'origine a pu léser le cartilage et facilite le passage de l'infection d'un côté à l'autre de la cloison. Dans le cas que nous avons observé personnellement l'abcès était unilatéral.

Parfois avant de mettre le speculum, pour faire la rhinoscopie antérieure, on voit la tuméfaction faire issue à l'extérieur et certains ont pu la prendre pour un polype. Il est facile de constater cependant qu'elle prend son insertion sur la cloison elle-même au niveau du cartilage quadrangulaire.

La muqueuse au niveau de l'abcès est rouge, sèche boursouflée : elle recouvre une tumeur de forme régulière, arrondie, de volume variable mais qui grossit très rapidement les premiers jours. Elle est en général assez considérable pour obstruer la fosse nasale à sa partie antéroinférieure et c'est souvent cette obstruction nasale, symptôme capital, qui décide le malade à venir trouver le spécialiste. Entre l'abcès et la paroi suinte un peu de mucopus, qui peut rapidement devenir une cause de fétidité.

A la palpation on constate que la tumeur est fluctuante et en cas de bilatéralité cette fluctuation peut se transmettre d'un côté à l'autre du septum.

3°) *Symptômes fonctionnels* — Les troubles fonctionnels seront essentiellement liés à l'obstruction nasale, provoquée par l'abcès. Le malade respire par la bouche, dort la bouche ouverte et ronfle en dormant. La voix cesse d'être sonore, elle est nasonnée, il y à de la rhinolalie fermée : l'odorat est compromis, le goût émoussé. Il y a de la sécheresse de la bouche et du pharynx, ce qui peut déterminer de la toux.

Evolution — Si le malade laisse cet abcès évoluer et ne se confie pas au médecin qui l'incisera, il se produira à la longue une perforation spontanée. Un jour il y aura une évacuation abondante de pus et la respiration sera rétablie momentanément ; ou bien la perforation étant petite, le pus s'écoulera lentement et constamment provoquant une irritation plus vive des abords de la narine, c'est cette dernière éventualité qui s'était produite dans le cas que nous avons observé.

Une fois l'abcès vidé, le stylet explorateur tombera directement sur le cartilage dénudé et en cas de perforation de ce dernier, il révèlera l'orifice de communication des deux abcès. On peut alors constater quelquefois en même temps cette encoche nasale dont nous avons déjà parlé antérieurement.

Après la perforation de la paroi de la tuméfaction et l'évacuation du pus la guérison se produit habituellement en quelques jours mais l'abcès peut également passer à l'état chronique.

Il est extrêmement rare de constater une résorbtion de l'abcès bien que Rousseaux en ait signalé quelques cas.

CHAPITRE V.

Complications et pronostic

Comme complications immédiates nous signalerons l'irritation de la peau et des muqueuses du voisinage. Le mucopus s'écoulant à l'extérieur irritera et infectera la peau et l'on a vu se produire dans certains cas un érysipèle périnasal. Mais par suite de l'obstruction, trouvant un chemin plus facile du coté du rhinopharynx, il s'écoulera par la gorge où il déterminera une irritation des plus vives. Nous pourrons donc avoir de la pharyngite, des angines, de la laryngite et même de la trachéobronchite.

Il pourra se produire également des complications du côté de l'orbite. Les voies lacrymales pourront s'infecter c'est ce qui a eu lieu dans un cas d'abcès secondaire souscutané de la région lacrymale du même côté que l'abcès du septum, rapporté par Bobone en 1914. Rappelons-nous aussi la complication si peu fréquente et par celà même fort intéressante que nous avons vu dans le cas du Dr Bourgeois où le pus décollant la muqueuse qui revêt les os propres du nez et qui forme la paroi supérieure des fosses nasales, semble avoir déterminé une collection purulente secondaire au niveau de l'unguis.

L'infection nasale gagnant directement par la lame criblée ou par la voie sanguine les méninges et le

cerveau on aurait dans certains cas des méningites (Moure) des abcès de la fosse cérébrale antérieure (Wilson Voorhees 1912). Par voie sanguine nous pourrions également avoir des complications fort graves telles que des phlébites des sinus veineux du crane.

Enfin la complication la plus redoutable est certainement la destruction du cartilage quadrangulaire, qui laisse cette déformation nasale définitive si bien étudiée par Moure, Gouguenheim, Moran, Coastley et qu'il n'y a qu'un seul moyen d'éviter par l'ouverture précoce de la tuméfaction.

Le pronostic découle donc de ces diverses complications mais en général il est bénin. Il sera toujours grave dans les cas fort heureusement exceptionnels où l'on a des complications méningées, cérébrales ou veineuses. Dans les autres cas, il sera réservé à cause de la déformation nasale qui peut toujours se produire si l'on n'intervient pas à temps.

CHAPITRE VI.

Diagnostic

Le diagnostic d'abcès chaud de la cloison nasale est chose facile. Nous le porterons toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une tuméfaction unilatérale ou bilatérale obstruant les fosses nasales, fluctuante avec de vives réactions inflammatoires.

Si l'on se fie à l'aspect extérieur du nez, des joues et des paupières, sans faire une rhinoscopie antérieure attentive, on peut confondre cette affection avec un phlegmon du nez ou encore un érysipèle qui peut survenir d'ailleurs à titre de complication.

Selon que nous retrouverons dans les antécédents un traumatisme quelconque, serait-ce même une lésion de grattage ou un acte opératoire, il nous sera facile de conclure à un abcès traumatique ou non. Pour la même raison nous ne confondrons pas l'abcès non traumatique avec un simple hématome, qui peut toujours devenir un abcès.

D'ailleurs là comme dans toutes les tumeurs fluctuantes de la cloison, la ponction exploratrice faite avec une seringue de Pravez, sera pour nous d'un grand secours.

Bien qu'il ne s'agit pas de réactions inflammatoires parmi les affections que nous allons citer maintenant, il importe cependant de faire avec elles un diagnostic différentiel.

Un examen attentif suffit à ne pas confondre une déviation de la cloison avec un abcès de cette région. Autrefois la confusion était surtout fréquente avec le polype muqueux surtout lorsque l'abcès était unilatéral. Les professeurs Panas et Guersant ont signalé cette erreur plusieurs fois.

On peut confondre l'abcès avec un kyste du plancher des fosses nasales, un examen minutieux permet d'éviter l'erreur. La ponction exploratrice et l'examen microscopique du liquide trancheraient d'ailleurs la question si besoin était.

On ne confondra pas l'abcès chaud avec des tumeurs solides telles que des chondromes qui font une saillie arrondie mais de consistance dure. Les polypes saignants de la cloison sont des tumeurs molles mais non fluctuantes à large implantation, saignant au moindre contact.

Mais il importe surtout de ne pas prendre un abcès chaud non traumatique du septum pour une gomme syphilitique. Il pourra être utile de faire une réaction de Bordet Wassermann et ce qu'il faut bien se rappeler c'est que la gomme se développe exclusivement dans la partie osseuse de la cloison, plus en arrière que l'abcès qui lui se développe au niveau du cartilage. De plus la gomme évolue plus lentement. La collection est rénitente mais non fluctuante comme dans l'abcès.

Signalons encore la possibilité dans le cas où l'abcès est ouvert et où il y a des fongosoités de le confondre

avec une tumeur encéphaloïde (cas signalé par Duplay).

En cas de perforation on évitera la confusion avec la perforation syphilitique nettement plus osseuse que cartilagineuse et par ce fait plus postérieure.

CHAPITRE VII.

Traitement

Le chapitre du traitement des abcès chauds non traumatiques ne peut être que très court, étant donné que le seul qui s'impose est l'ouverture précoce de la tumeur. Il ne faut pas s'attarder en effet au traitement médical consistant à faire des applications émollientes et résolutives ou à mettre des calmants locaux.

Dès qu'on a posé avc certitude le diagnostic d'abcès chaud du septum on ouvrira largement la poche purulente afin de limiter au minimum la fonte du cartilage dont les résultats sonts désastreux au point de vue esthétique. Deux procédés sont à notre disposition : le bistouri et le galvanocautère. Lequel préférerons-nous ?

Monsieur Lermoyez a été un des premiers à préconiser l'emploi du galvanocautère et Bargy, Garel l'ont suivi dans cette voie.

Voici les raisons de cette préférence :

Son emploi évite les hémorragies si fréquentes lorsqu'on intervient sur la muqueuse de la cloison enflammée. Il évite encore le recollement des deux lèvres de la plaie qui a tendance à se produire si l'on se sert d'un instrument tranchant et si l'on n'a pas soin de drainer ensuite la cavité avec une mèche. Nous croyons qu'il est aussi simple de se servir du bistouri, la crainte

du bistouri n'étant pas suffisamment justifiée et l'emploi d'une mèche parant au second inconvénient.

Comme anesthésie, Laurens conseille un badigeonnage au mélange de Bonain, d'autres préfèrent la solution de cocaïne à 1/10 appliquée avec une mèche pendant quelques minutes.

Où ferons-nous notre incision ?

Dans le cas d'abcès unilatéral nous la ferons naturellement à la partie déclive et celle qui nous paraît être la plus logique sera parallèle au plancher du nez. Voorhees conseille d'en faire deux et d'adjoindre à cette dernière une incision verticale antérieure. Gouguenheim ne conseille qu'une incision verticale remontant très haut. Dans le cas d'abcès bilatéral, il sera utile de faire une contre ouverture de l'autre côté si les deux abcès ne communiquent pas où s'ils communiquent insuffisamment, ce que nous constaterons à l'aide d'un stylet.

Lorsque la poche sera bien vidée on pourra à volonté faire ou non un lavage antiseptique. L'iodoforme fut longtemps en honneur, actuellement on emploie l'eau résorcinée, l'eau iodée, l'eau oxygénée, mais l'on pourra se contenter tout simplement de tamponner. Certains auteurs ont conseillé de faire un tamponnement très serré de la fosse nasale, ayant pour but de réappliquer directement la muqueuse sur le cartilage. N'oublions pas que ce tamponnement expose toujours aux complications telles que les sinusites. Nous croyons qu'il est préférable de drainer tout simplement la cavité pendant un ou deux jours, on peut employer pour

cela une petite mèche de gaze aseptique ou antiseptique soit iodoformée ou formolée. Herck préconise l'emploi du drainage filiforme à l'aide de crins de Florence dont on diminue le nombre chaque jour. On enlèvera la mèche dès le lendemain et on la renouvellera si besoin est

La guérison s'obtient en général en quelques jours. Il sera bon de faire une désinfection de la muqueuse nasale pendant la cicatrisation, en conseillant au malade l'emploi de vaseline ou d'huile mentholée ou encore d'une solution de protargol à 1/100.

Si l'on a à faire à un abcès déjà ancien avec fongosités ou pratiquera le curettage de la poche et on pourra si l'on est gêné par la muqueuse en pratiquer l'excision comme le conseille Schœffer. Il est bien entendu que l'on pratiquera aussi l'ablation des sequestres cartilagineux.

Ne voulant pas entrer dans la technique des diverses rhinoplasties qui ont été tentées pour supprimer la déformation nasale lorsqu'elle se produit, nous ne ferons ici que signaler l'opération chirurgicale et l'emploi des injections de paraffine préconisées par Lederman.

Conclusions

L'abcès chaud de la cloison est le plus souvent d'origine traumatique et consécutif à un hématome qui suppure. Il peut cependant se développer entre la muqueuse et le cartilage soit à la faveur d'une excoriation inaperçue, soit à la faveur d'une infection générale accompagnée de rhinite, soit par l'extension d'un foyer purulent voisin, comme une de nos observations inédites en est peut-être un exemple.

L'abcès chaud non traumatique de la cloison nasale se présente cliniquement comme une tuméfaction fluctuante unilatérale et plus souvent bilatérale de la partie cartilagineuse du septum et il guérit rapidement après incision. Mais une dénudation bilatérale du cartilage entraîne trop souvent une perte de substance de celui-ci. Des fragments nécrosés entretiennent la suppuration jusqu'à ce qu'on les ait enlevés à la pince ou à la curette.

La destruction cartilagineuse quand elle affleure le bord supérieur du cartilage a pour conséquence une déformation inesthétique de la pyramide nasale et les malades doivent toujours être prévenus de cette éventualité.

Le diagnostic est facile, en particulier l'abcès se distingue de la gomme par son siège antérieur.

Le traitement consiste à inciser largement, drainer

pendant quelques jours, explorer à la sonde pour enlever les sequestres s'il y en a.

Bibliographie

Cloquet, journal hebdomadaire de médecine ; 1830.
Flemming, journal de médecine de Dublin ; 1832.
Bérard, archives générales de médecine, T. XIII, p. 407.
Maisonneuve et Velpeau, gazette des hôpitaux ; 1841.
Beaussenat, thèse de Paris ; 1864.
Casabianca, thèse de Paris ; 1876.
Strazza, annales des maladies de l'oreille ; 1888.
Moure, revue de laryngologie ; 1888.
Schech, maladies du nez ; 1888.
Luc, société française de laryngologie ; 1890.
J.-B. Ball, British médical journal ; 1890.
Schaffer, Sonderab ans therap. monats ; 1890.
Ricci, Bulletin des maladies de l'oreille (italien) ; 1890.
Gonguenheim, Congrès de Berlin et ann. de laryngologie ; 1890.
Jurasz, maladies du nez ; 1891.
Rousseaux, la clinique de Bruxelles ; 1892.
Rethi, maladies du nez ; 1892.
Herwald, journal of the americain médical association ; 1892.
J.-O. Roe, médical journal ; 1892.
Bermingham, médical journal ; 1893.
Schroder, Klin Wochens ; 1893.
Zaufal, Revue de laryngologie ; 1893.
Rishop, journal of the americain médical association ; 1893.
Herck, archives internationales de laryngologie ; 1894.
Lacoarret, société française de laryngologie ; 1894.
Hertzfeld, monats. f. Ohrenheilk ; 1894.
Hublard et Gleitsmann, New-York assoc. of. med. ; 1894.
Moran, thèse de Bordeaux n° 65 ; 1894.
Rice, archives of pediatrie ; 1894.
Wroblewski, archiv. für laryngologie de Fränckel ; 1894.
Fischnich, archiv. für laryngologie de Fränckel ; 1894.
Kuttner, archiv. für laryngologie de Fränckel ; 1894.
Vapzaroff, thèse de Nancy, n° 24 ; 1894.
Moure, manuel pratique des maladies des fosses nasales ; 1894.
Arslan, Bulletin des maladies de l'oreille (italien) ; 1896.
Herck, archives internationales de laryngologie ; 1896.

Theissing, thèse de Breslau ; 1897.
Gottlieb Kicher, The laryngoscope ; 1897.
Danziger, monats. f. orhenheilk ; 1897.
Gonguenheim, annales des maladies du larynx ; 1897.
Colonna Walewski, Thèse de Paris n° 282 ; 1897.
Lange, traité de laryngologie et de rhinologie d'Heymann ; 1898.
Garel, société française de laryngologie et Lyon médical ; 1898.
Watermann, Académie de médecine de New-York ; 1898.
Billinger, in Chicago ; 1899.
Lavrand, journal des sciences médicales de Lille ; 1900.
Sieur et Jacob, Fosses nasales et sinus ; 1901.
Fuchsig, Wiener Klin. Wochens ; 1903.
Hunter Tod, The journal of. laryngology ; 1903.
C.-A. Coastley, The laryngoscope ; 1903.
Delahousse, archives de médec. et de pharmacie militaire ; 1905.
Bargy, Revue de laryngologie ; 1906.
Lederman, The laryngoscope ; 1906.
Laurens, la clinique ; 1908.
Neumann, Monats. f. Ohrenheilk ; 1910.
Wilson Voorhees, medical record ; 1912.
Stefani, Lyon médical ; 1913.
Bobone, Bolett. de Grazzi ; 1914.
Mc. Kenzie, The journal of otol. rhinol. and laryng. ; 1914.
Kyle, Diseases of the nose and throat. chapitre XII.
Testut et Jacob, anatomie topographique ; 1914.

Table des Matières

		Pages
Introduction et historique.		7
Anatomie et rapports du septum nasal.	CHAPITRE I	10
Etiologie et pathogénie	CHAPITRE II	15
Anatomie pathologique	CHAPITRE III	28
Symptomatologie et évolution.....	CHAPITRE IV	31
Complications et pronostic	CHAPITRE V	34
Diagnostic	CHAPITRE VI	36
Traitement	CHAPITRE VII	39
Conclusions.		42
Bibliographie.		44